

Telefonisch bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 19.00 uur (b.g.g. graag voice-mail inspreken)

## VERWIJSBRIEF DIËTIST

**Naam cliënt** \_\_\_\_\_  
**Adres** \_\_\_\_\_  
**Postcode en plaats** \_\_\_\_\_  
**Geboortedatum** \_\_\_\_\_  
**Ziektekostenverz. / polisnr.** \_\_\_\_\_  
**BSN** \_\_\_\_\_

**BMI:** \_\_\_\_\_

**Diagnose**             Overgewicht                       Diabetes  
                          Hypercholesterolemie         Hypertensie  
 Copd  
 \_\_\_\_\_

**Vraagstelling:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Laboratoriumonderzoek**     Bloedgluc N \_\_\_\_\_         Bloedgluc \_\_\_\_\_  
    GlyHb \_\_\_\_\_                 Tensie \_\_\_\_\_  
    Chol. Totaal \_\_\_\_\_         HDL \_\_\_\_\_  
    LDL \_\_\_\_\_                     TG \_\_\_\_\_  
    ..... \_\_\_\_\_                 ..... \_\_\_\_\_

**Medicatie** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Huisbezoek geïndiceerd**                      ja/nee                      **Tel. Cliënt** \_\_\_\_\_

**Naam arts** \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_                      **Handtekening** \_\_\_\_\_